



**Universidad de la República**

**Facultad de Psicología**

**Trabajo Final de Grado**

***Pulsión de muerte y Clínica borderline***

Estudiante: Natasha Tamara Villanueva Farkas. C.I: 4.288.889-6

Tutora: Rosa Zytner

Revisora: Flora Singer

Montevideo, Uruguay

Octubre, 2016

**INDICE**

**RESUMEN**..... 3

**1. INTRODUCCIÓN**..... 4

**2. PULSIÓN DE MUERTE: APROXIMACIÓN TEÓRICA Y RECORRIDO HISTÓRICO**..... 6

    2.1 FREUD Y EL CONCEPTO DE PULSIÓN DE MUERTE ..... 6

    2.2 GREEN: NARCISISMO DE VIDA Y NARCISISMO DE MUERTE..... 12

    2.3 KLEIN: INSTINTOS DE VIDA Y DE MUERTE..... 12

    2.4 WINNICOTT Y LA AGRESIVIDAD PRIMARIA..... 14

**3. PERSONALIDAD FRONTERIZA O BORDERLINE** ..... 16

    3.1 CONCEPTO DE PERSONALIDAD..... 16

    3.2 RECORRIDO HISTORICO DEL TÉRMINO BORDERLINE ..... 16

    3.3 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD ..... 18

    3.4 CLÍNICA DE LOS ESTADOS LÍMITES O CLINICA BORDERLINE ..... 20

    3.5 ORGANIZACIÓN FRONTERIZA O BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD .... 22

        a) ANÁLISIS DESCRIPTIVO..... 23

        b) NARCISISMO ..... 25

        c) VIVENCIAS DE VACÍO Y ESPACIO TRANSICIONAL ..... 27

        d) FUNCION MATERNANTE Y RELACIONES OBJETALES ..... 27

        e) ANÁLISIS ESTRUCTURAL ..... 29

        f) MECANISMOS DEFENSIVOS CARACTERÍSTICOS..... 30

**4. PULSIÓN DE MUERTE Y CLÍNICA BORDERLINE**..... 34

    4.1 NARCISISMO DE MUERTE, NARCISISMO NEGATIVO ..... 34

    4.2 KERNBERG: AGRESIVIDAD ..... 37

    4.3 CASO CLÍNICO ..... 39

**5. CONCLUSIONES**..... 42

**6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**..... 46

**7. ANEXO**..... 50

    CASO CLINICO R. Los actings, la relación al otro. .... 50

## RESUMEN

En el presente trabajo de carácter monográfico se aborda la personalidad borderline o fronteriza con su consecuente relación con la pulsión de muerte a partir de la teoría psicoanalítica.

En primera instancia se realiza un recorrido histórico en torno al concepto de pulsión de muerte y su respectivo abordaje a partir de diferentes autores. En segundo lugar, se aborda la personalidad borderline con sus diferentes concepciones centrándose especialmente en la organización borderline o fronteriza de la personalidad. Para finalizar, se intenta una aproximación a la pulsión de muerte presente en los pacientes fronterizos, desde los aportes de una clínica borderline de Green y aspectos psicoestructurales de la agresividad desde la óptica de Kernberg. Asimismo, se utiliza un caso clínico para mayor elucidación de los conceptos tratados.

Se propone considerar a la pulsión de muerte como concepto relevante en estos pacientes, los cuales presentan una organización específica de la personalidad, constituyendo al mismo tiempo un nuevo paradigma para el psicoanálisis. Esto obliga a apreciar estos casos desde una nueva mirada con una reequilibración de los conceptos psicoanalíticos característicos de la clásica personalidad neurótica.

**Palabras clave:** Pulsión de muerte. Organización borderline de la personalidad. Clínica borderline. Agresividad.

## 1. INTRODUCCIÓN

*“...la tendencia agresiva es una disposición instintiva, innata y autónoma del ser humano (...) que constituye el mayor obstáculo con el que tropieza la cultura.”*

*S. Freud (1929)*

*El malestar en la cultura*

Con el acápite se demuestra que ya desde 1929 Freud aprecia una agresividad inconsciente y automática en el psiquismo de todo ser humano y cómo ésta genera un conflicto con la sociedad circundante. En la actualidad esta pulsión agresiva se encuentra dentro de un grupo de sujetos que parecen vivir continuamente al límite, donde las agresiones, los estallidos de ira y depresión son pilares de la vida cotidiana. Estas personas parecen ser partícipes de otro tipo de realidad; ejemplifican el derrumbamiento del principio de placer y dejan las habituales características neuróticas de lado. Es así que Freud, sin saberlo, se ha aproximado más de una vez a la conceptualización de estos sujetos catalogados como fronterizos (Green, 2000).

El interés en esta temática radica principalmente en la necesidad de una reactualización del concepto de pulsión de muerte, en una cotidianidad donde el psiquismo se encuentra cada vez más signado por lo negativo. Cada día aumentan más las consultas psicológicas entorno a pacientes que no pueden ser incluidos en cualquiera de las tres clásicas organizaciones freudianas, con características y mecanismos defensivos propios, en una clínica de “sujetos difíciles”.

En este texto la pulsión de muerte es abordada principalmente desde los textos de Freud, con autores contemporáneos post-freudianos que acuñan el término como en el caso de Green (1991, 1995) y Klein (1930, 1946); en contrapartida, se toman los aportes de Winnicott (1960, 1971, 1987), quien considera este concepto freudiano como no vigente.

En el presente trabajo se utiliza el término “*personalidad borderline o fronteriza*” para referirse de forma global a pacientes que no se encuentran dentro de la caracterología neurótica ni psicótica. Se trata de esta forma, en el correr de estas páginas, diferentes concepciones del mismo término: trastorno, estado limite o fronterizo y, finalmente, organización de la personalidad. Para el abordaje de esta temática se utiliza una bibliografía que incluye varios autores, con predominancia de escritos de Green, Kernberg y Singer.

El título elegido refiere a la intersección que genera la pulsión de muerte en los pacientes borderline o fronterizos. La elección del término "*clínica borderline*" alude una necesidad de reactualización de los conceptos freudianos, apreciando a la organización fronteriza de la personalidad como una problemática actual. Asimismo, también se precisa un acercamiento particular, una clínica específica que implique otro tipo de mirada. Ya no son aplicables las formas de trabajo clínico que se utilizan típicamente en la neurosis: corresponde a un nuevo paradigma, donde lo agresivo toma la delantera, donde la pulsión de muerte, la autodestrucción, ejemplifican un grito de ayuda que solo podrá ser escuchado si se modifica la forma de escuchar.

## 2. PULSIÓN DE MUERTE: APROXIMACIÓN TEÓRICA Y RECORRIDO HISTÓRICO

El concepto freudiano de Pulsión de Muerte (1920) fue y continúa siendo aún en la actualidad uno de los conceptos más controvertidos dentro de la teoría psicoanalítica. Por un lado, muchos autores post-freudianos consideran que la noción de pulsión de muerte permite una comprensión profunda y necesaria de aspectos psicológicos del individuo relacionados con la angustia y la agresividad. En cambio, otros autores lo consideran algo superfluo y especulativo, con demasiadas contradicciones y sobre todo innecesario para la práctica clínica (Corsi, 2002).

Para una mayor comprensión del concepto de Pulsión de Muerte es necesario realizar un recorrido histórico por la *teoría de las pulsiones* de Sigmund Freud. Se vislumbran tres teorías, tres paradas en este recorrido. Es importante considerar estas tres teorías no como etapas cronológicas separadas unas de otras, sino como momentos acontecidos en el pensamiento freudiano. Los conceptos que Freud presenta en ellas están estrechamente relacionados, y continuamente los retoma y reformula una y otra vez.

### 2.1 FREUD Y EL CONCEPTO DE PULSIÓN DE MUERTE

En los textos de Freud referidos a esta teoría de las pulsiones, se pueden encontrar dos conceptos diferentes, los cuales muchas veces se confunden entre sí: *Instinkt* y *Trieb*.

“Para Freud *Instinkt* designa una conducta hereditaria, predeterminada genéticamente, cuyo objeto y fin están prefijados por naturaleza. A diferencia de lo anterior, *Trieb* implica un empuje que hace tender al organismo hacia un objeto y un fin que permitan la satisfacción pulsional, no estando éstos prefijados.” (Corsi, 2002)

Aquí surge la pregunta ¿a qué se llama pulsión en la teoría freudiana? Freud (1905) postula una variedad de pulsiones; las mismas se encuentran basadas en la sexualidad humana. Para este autor son un tipo de impulso, una corriente originaria de una excitación corporal a forma de fuente. Ésta busca reinstalar el equilibrio previo a la tensión en la que se encuentra el organismo. El objetivo es suprimir esta tensión basándose en la excitación antes mencionada. El objeto de estas pulsiones es variable y contingente, y se elige dependiendo de las vicisitudes de la historia vital del individuo. No tienen un solo fin, sino que éstos son múltiples y parciales y dependen de fuentes somáticas, las cuales también son múltiples. Es así

que para Freud (1905) la pulsión corresponde a un concepto límite entre lo psíquico y lo somático.

La primera formulación de la teoría de las pulsiones es desarrollada durante los años 1905 a 1914. En este intervalo histórico se encuentran en los escritos de Freud, dos tipos de pulsiones: por un lado las pulsiones sexuales, que son las representantes de los intereses de la especie y poseen una energía propia denominada libido; y por otro, lo que Freud llama pulsiones de autoconservación. Estas, a diferencia de las primeras, representan un conjunto de necesidades que se encuentran íntimamente ligadas a ciertas funciones corporales necesarias para la supervivencia del organismo. Mientras la libido rige las pulsiones sexuales, en las pulsiones de autoconservación, la energía que las guía es el interés. Freud (1905) plantea que las llamadas pulsiones sexuales están relacionadas primitivamente con las pulsiones de auto conservación mediante el concepto de apuntalamiento o apoyo. Es así que, solo secundariamente, estas pulsiones sexuales pueden volverse independientes. En el Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996) este concepto de apuntalamiento se utilizara también "(...) para designar el hecho de que el sujeto se apoya sobre el objeto de las pulsiones de auto conservación en su elección de un objeto amoroso, esto es lo que denomina Freud el tipo de elección de objeto por apoyo" (p. 31). Las pulsiones sexuales entonces, luego que abandonan el objeto exterior, comienzan a funcionar en forma auto erótica. En el correr de los años siguientes, a pesar de las modificaciones en la teoría de las pulsiones, el concepto de apuntalamiento sigue siendo una pieza fundamental en la obra freudiana. Aún tiempo después de la primera aparición de este concepto, entre los años 1910 y 1912 en sus diferentes textos Freud postula que: "(...) las pulsiones sexuales encuentran sus primeros objetos en apoyo sobre los valores reconocidos por las pulsiones del yo, de igual modo que las primeras satisfacciones sexuales se experimentan en apoyo sobre las funciones corporales necesarias para la conservación de la vida" (Laplanche y Pontalis, 1996, p. 32).

Con la presentación del caso Dora en 1905, Freud comienza a darle a la agresividad un rol fundamental en la evolución de la cura en la práctica psicoanalítica. Es así que se le adjudica gran énfasis en hacer conscientes todos los impulsos del paciente, incluyendo los hostiles. En esta primera formulación de la teoría de las pulsiones, Freud entiende que toda pulsión tiene un componente parcial agresivo, lo que provoca que todas y cada una de las pulsiones puedan devenir agresivas. Es en las pulsiones sexuales en donde la agresividad aparece como un componente activo

de dicha pulsión. Este componente activo es lo que dota a la misma de un carácter masculino tanto en hombres como en mujeres. A partir de esto, Freud (1905) postula la pulsión de dominio o de apoderamiento. Ésta es independiente pero puede unirse de forma secundaria a las pulsiones sexuales y tiene como fin dominar al objeto por la fuerza. La pulsión de dominio corresponde para el autor “el único elemento presente en la crueldad infantil que no tendría inicialmente como fin el producir sufrimiento en el otro, sino que simplemente no la tendría en cuenta. Esta sería una fase previa tanto al sadismo como a la compasión” (Corsi, 2002).

A partir de 1910, Freud introduce las pulsiones yoicas, equivalentes a las hasta entonces llamadas pulsiones de auto conservación. Las pulsiones del yo tienen dos funciones, por un lado la autoconservación del sujeto, y por el otro, actúa como agente de la represión situándose al servicio del yo en el conflicto defensivo. Para este entonces, Freud entiende al yo de dos diferentes formas: “(...) En la primera acepción es sinónimo de sujeto o persona total, mientras en la segunda representa a un conjunto poderoso de representaciones que, guiado por las pulsiones de auto conservación , adhiere al principio de realidad, oponiéndose al deseo” (Corsi, 2002). En esta primera teoría de las pulsiones, las pulsiones sexuales se encuentran en contraposición a las pulsiones yoicas. Estas pulsiones sexuales corresponden a una fuerza que se encuentra sometida al principio del placer, no educable, con un funcionamiento que obedece al proceso primario. Esta fuerza no considera las exigencias de la realidad y de esta forma amenaza el equilibrio psíquico desde el interior. Las pulsiones sexuales tienen como objetivo la obtención del placer sexual, mientras que las yoicas buscan la autoconservación del individuo.

Es en 1913 cuando Freud elabora su concepto de organización pregenital anal-sádica de la libido. Con esto explica que la característica general de la vida pulsional se muestra en la oposición de lo activo y lo pasivo durante la fase anal. El componente activo refiere a lo agresivo de la pulsión sexual y es atribuido a la pulsión de dominio. Esta actividad cuando se encuentra al servicio de la pulsión sexual se denomina sadismo. La agresividad que se encuentra en la pulsión sexual encuentra más fortaleza en la pulsión de dominio, logrando así dominar el objeto. A partir de este enfoque, el sadismo se considera primario mientras que el masoquismo es entendido como un sadismo secundario que se vuelve contra el sujeto. Por lo consiguiente, el sadismo corresponde a un componente agresivo parcial parte de la pulsión sexual, característica de la fase anal-sádica.

En 1914 comienza la segunda etapa de la teoría pulsional. En *Introducción del Narcisismo* (1914/1993), se introduce una división de las pulsiones sexuales dependiendo de cuál es su objeto de elección. Por un lado, Freud postula la libido del yo o también llamada libido narcisista, en el cual el objeto es el propio yo. Por otra parte, si el destino de la libido es un objeto externo, se habla entonces de libido objetal. Las pulsiones yoicas en esta segunda etapa se mencionan como interés del yo: “Desde el punto de vista dinámico, el conflicto psíquico se plantea en la oposición entre la libido narcisista aliada a las pulsiones del yo y la libido objetal. El interés de la libido narcisista es proteger la integridad del yo a través de reprimir las representaciones ligadas a la pulsión sexual objetal” (Corsi, 2002). Para Freud, la única forma de distinguir las pulsiones libidinales de las yoicas depende de si las primeras invisten al objeto. Si la libido invierte al yo, los efectos que esto produzca son indiferentes a las pulsiones yoicas.

En 1915 Freud asegura que el origen del odio radica en las pulsiones del yo, y que este siempre es anterior al amor. En esta segunda formulación teórica de la vida pulsional, el odio y la agresión participan en uno de los polos del conflicto psíquico. Se oponen a la libido objetal y favorecen la represión al mismo tiempo que forman parte de la pulsión yoica, la cual se encuentra aliada e indistinguible de la libido narcisista.

En la tercera y final teoría de las pulsiones, Freud empieza a reconocer el mismo poder tanto en las pulsiones destructivas como en las de sexualidad. Para este entonces, con la postulación de la pulsión de muerte o Tánatos (en referencia al dios griego de la muerte, hermano gemelo de Hipnos, dios del sueño) como opuesto de la pulsión de vida (la cual representa todas las otras pulsiones anteriormente formuladas), la agresión se convierte en algo autónomo que se encuentra opuesto tanto a las pulsiones sexuales como a los intereses del yo. Dice Freud: “la oposición entre pulsión de conservación de sí mismo y de conservación de la especie, así como la otra entre amor yoico y amor de objeto, se sitúan en el interior de Eros” (Freud, 1938/1986, p. 146). La pulsión de muerte es entonces una tendencia básica opuesta a Eros, la cual se encuentra en todo ser vivo. Ésta busca un regreso al estado inorgánico desde donde se emergió desde un primer momento. Es un principio fundamental de lucha y destrucción que actúa con la intención de la aniquilación de todos los vínculos.

Paralelamente, este autor considera que el principio de placer en algunos casos equivale al principio de constancia. Éste corresponde a una tendencia a mantener las excitaciones del aparato psíquico tan bajas o tan constantes como le sea posible. Por otro lado, este principio de placer también puede buscar reducir estas excitaciones a cero, lo cual corresponde al territorio del principio de nirvana.

¿Qué se conceptualiza como principio de nirvana? Este es el territorio de la pulsión de muerte, con una fuerte tendencia al cero absoluto, el origen a lo inorgánico, se busca toda reducción de tensiones. Asimismo se anula toda individualidad, es entonces, donde lo vivo muere. Eros es el responsable de que la vida pueda subsistir. La pulsión de vida debe someter al principio de nirvana para poder modificarlo al principio de placer:

“...el principio de nirvana, súbdito de la pulsión de muerte, ha experimentado en el ser vivo una modificación por la cual devino principio de placer; y en lo sucesivo tendríamos que evitar considerar a esos dos principios como uno solo. (...) no resultará difícil colegir el poder del que partió tal modificación. Solo pudo ser la pulsión de vida, la libido, la que de tal modo se conquistó un lugar junto a la pulsión de muerte en la regulación de los procesos vitales...” (Freud, 1924/1986, p. 166)

En estrecha relación con la pulsión de muerte encontramos la compulsión a la repetición. Este concepto es concebido por Freud como un proceso incoercible e inconsciente subordinado al principio del placer. El individuo se ve obligado a repetir constantemente situaciones desagradables de su pasado sin saberlo, apreciándolo como algo completamente motivado por hechos actuales de su vida. En 1914 este autor considera a esta compulsión a la repetición como una forma de recordar. Se presenta en gran parte en la transferencia en la clínica psicoanalítica, donde debe ser utilizada por el analista el cual es el responsable de traducir esta acción en palabras para utilizar en el tratamiento. En *Más allá del Principio del Placer* (1920/1984) esta compulsión corresponde a un residuo donde la repetición es protagonista, siendo una manifestación de la pulsión de muerte. Se caracteriza por una tendencia elemental de la obtención del placer que no permite encontrar el deseo de la satisfacción. Asimismo, actúa en diversos ámbitos y registros, en opuesto siempre al Principio de Placer.

En la tercera formulación de la teoría pulsional se introducen también otros conceptos como masoquismo primario, masoquismo secundario y sadismo, los cuales se encuentran también vinculados a Tánatos. Durante una primera etapa

mítica, la pulsión de muerte se concentra exclusivamente en el objeto, entonces Eros sale al encuentro de Tánatos fusionándose con él. De esta fusión, una porción será destinada al exterior hacia los objetos externos con forma de pulsión destructiva. Asimismo, una porción de esta fusión dirigida al exterior se pondrá al servicio de la sexualidad convirtiéndose en lo que llamamos sadismo. Cuando este sadismo se vuelve contra el sujeto es que estamos frente al masoquismo secundario. Mientras tanto, la porción de la fusión que queda dentro del organismo corresponderá al masoquismo primario.

Esto es lo que Freud (1923) conceptualiza como mezcla y desmezcla de las pulsiones: "...en cada fragmento de sustancia viva estarían activas las dos clases de pulsiones, si bien es una mezcla desigual, de suerte que una sustancia podría tomar sobre sí la subrogación principal de Eros" (Freud, 1923/1986, p. 42). Mientras las pulsiones libidinales se mezclen con las pulsiones de muerte, estas últimas podrán ser neutralizadas y desviadas hacia el exterior; de esta forma pasan a convertirse en pulsiones de destrucción. Pero, en cambio, cuando sucede una desmezcla, se limita el monto destructivo que se exterioriza, generando un ideal del yo tanto más severo y agresivo. Freud (1923) utiliza este concepto de desmezcla pulsional como la explicación de las conductas agresivas, la autodestrucción, la ambivalencia, el sentimiento inconsciente de culpa, la reacción terapéutica negativa y la regresión libidinal. El sadismo devenido autónomo, como perversión, es una ejemplificación de desmezcla pulsional.

Desde un punto de vista dinámico, otro concepto que está estrechamente relacionado con la pulsión de muerte es el narcisismo. Esto se da sobre todo cuando lo tanático predomina sobre lo libidinal. El concepto de narcisismo aparece por primera vez en la obra freudiana en 1910 para explicar la elección de amor de los homosexuales. Posteriormente, en 1911 este autor postula una fase intermedia en la evolución sexual, la cual estaría situada entre el autoerotismo y el amor objetal. Con la publicación de *Introducción del Narcisismo* en 1914 es que este concepto evoluciona dejando de ser una fase evolutiva para convertirse en "un estancamiento de la libido, que ninguna catexis de objeto permite sobrepasar completamente" (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 229). A partir de la postulación de la segunda teoría del aparato psíquico surgen los conceptos de narcisismo primario y narcisismo secundario. El primero presenta diferentes variaciones de acuerdo a los autores. Para Freud, corresponde al primer narcisismo, donde el niño toma como objeto de amor a sí mismo en vez de a objetos externos y se constituiría en la vida

intrauterina. Por otro lado, este autor considera al narcisismo secundario como una estructura permanente en el sujeto, donde la libido se vuelve sobre el yo.

## **2.2 GREEN: NARCISISMO DE VIDA Y NARCISISMO DE MUERTE**

André Green (1991) es quien se encarga de teorizar el narcisismo negativo, concepto relacionado con la pulsión de muerte. Para este autor, este concepto de narcisismo negativo se explica como una “aspiración al nivel cero, expresión de una función desobjetalizante que no se contentaría con dirigirse sobre los objetos o sus sustitutos sino que lo haría sobre el proceso objetalizante como tal” (Green, 1991, p. 74-75).

Green (1991) postula que la pulsión solo nos es cognoscible por sus representantes psíquicos. Este autor plantea que tanto la función sexual como la libido son representantes de Eros pero no incluyendo así todas las propiedades de la pulsión de vida. La autodestrucción es para Tánatos lo que la función sexual es para Eros. A diferencia de Freud, Green considera que esta autodestrucción no funciona de “manera primitiva, espontánea o automática” (Green, 1991, p. 70). Asimismo considera que “el objeto es el revelador de las pulsiones. Él no las crea (y se podría decir sin duda que es creado por ellas al menos en parte) pero es la condición de su advenimiento a la existencia. Y por esta existencia el mismo será creado aun estando allí” (Green, 1991, p. 71-72).

En la obra de Green, es imposible hablar de pulsión de muerte sin tener en cuenta la pulsión de vida. Mientras la pulsión de muerte solo implica la desligazón, la pulsión de vida puede admitir la coexistencia tanto de la ligazón como de su contraparte. Eros también puede absorber en sí misma una parte de la pulsión de muerte la cual será transformada en consecuencia. La manifestación destructiva de Tánatos es entonces el desinvertimiento:

“(…) la perspectiva de la pulsión de muerte es cumplir en todo lo que sea posible una función desobjetalizante, por la desligazón. Esta cualificación permite comprender que no es solamente la relación con el objeto la que se ve atacada, sino también todas las sustituciones de éste; el yo, por ejemplo, y el hecho mismo del invertimiento en tanto que ha sufrido el proceso de objetalización” (Green, 1991, p. 73).

## **2.3 KLEIN: INSTINTOS DE VIDA Y DE MUERTE**

Siguiendo la línea de los autores post-freudianos que acuñan el término de pulsión de muerte, se encuentra Melanie Klein. En la doctrina kleiniana aparece un

claro dualismo pulsional donde Tánatos prima sobre Eros. Algo importante a tener en cuenta es que esta autora no habla de pulsiones sino de instintos. Asimismo, la aparición del yo y super yo se da muy precozmente, a diferencia de lo postulado en la teoría freudiana. El instinto de muerte corresponde a un factor constitutivo que subtiende la génesis de las emociones humanas.

Según esta autora, lo psíquico nace sobre todo del instinto de muerte y sus derivados, pero la mayor manifestación de éste se encuentra en la fantasía. Es esta fantasía la que muestra el relacionamiento del yo infantil con sus objetos internos. Al mismo tiempo esto determinará en qué grado se darán las posteriores relaciones con los objetos externos.

Esta fantasía se encuentra cargada de un carácter destructivo debido a que predominan en ella el instinto de muerte y un super yo extremadamente sádico. Debido a esto se añade una potente ansiedad la cual precisa de ciertas defensas que serán puestas en marcha por el yo del individuo. Todo esto permitirá el establecimiento de dos posiciones elementales en la teoría kleiniana: la posición esquizoparanoide y la posición depresiva. El inconsciente para esta autora correspondería a una representación pulsional de la cual emerge la fantasía debido a una acción del yo precoz.

Para Klein la lucha de los instintos de vida y muerte se dan desde el nacimiento. Esta lucha refuerza la angustia persecutoria provocada por esta vivencia dolorosa. Según Sánchez-Barranco y Vallejo (2004):

“...el yo existiría desde el comienzo de la vida, formándose el super yo por la introyección de los objetos construidos por la fantasía infantil a partir de la relación con el objeto externo y de la proyección de las pulsiones eróticas y tánatica sobre él, así como de la paralela acción de la escisión” (p. 128).

La angustia corresponde al motor básico del desarrollo humano. Esta angustia es producto de la acción de un super yo precoz que recrimina a los deseos sádicos encontrados dentro de las fantasías. Este super yo obliga al yo a transformar estos deseos como modo de defensa.

En la doctrina kleiniana, el conflicto intrapsíquico no se da entre el deseo pulsional y la defensa sino que se centra en la lucha entre instintos de amor y odio respecto a los objetos. La primera causa de angustia en el sujeto deviene

entonces del peligro del trabajo interno del instinto de muerte. Asimismo, esta angustia corresponde a la causa primaria de ansiedad.

Klein considera a la envidia como una manifestación innata del instinto de muerte. Su finalidad es atacar el objeto bueno y valioso. Esto se pone en marcha cuando el niño está recibiendo gratificación de dicho objeto, como es el caso del pecho materno. La envidia quiere poseer las virtudes de este objeto, si esto no es posible busca destruirlo ya que no puede tolerar que lo bueno no sea propio.

Según esta autora, lo que más importa para la instauración de la posición depresiva se encuentra en las condiciones internas y constitucionales. Estas corresponderían a "...los potenciales relativos de la pulsión erótica (gratitud) frente a los potenciales de la pulsión tánatica (envidia)" (Sánchez-Barranco y Vallejo, 2004, p. 125). La aniquilación del yo aparece como raíz del temor persecutorio del sujeto paranoide. Esta aniquilación corresponde siempre en última instancia al instinto de muerte.

#### **2.4 WINNICOTT Y LA AGRESIVIDAD PRIMARIA**

Mientras autores como Klein (1930) y Green (1991) aceptan el concepto de pulsión de muerte y lo desarrollan, otros autores como Winnicott en contraparte cuestionan la legitimidad del mismo. Winnicott toma el concepto de pulsión pero le da un sentido diferente al que le da Freud. Para este autor: "...lo originario es la pareja de crianza y aboga por la idea de que al comienzo no hay un bebe en soledad, sino fusionado con otro. Los procesos de integración son los que, paulatinamente, van dando lugar a las fuerzas pulsionales" (Barreiro, 2011, p. 416).

En la teoría winnicottiana la pulsión se encuentra incluida en el ego. Es así que la problemática de las pulsiones depende de los cambios cualitativos que se sucedan en éste. Primero están las necesidades de ser y existir, luego las satisfacciones de la pulsión. Lo primordial para Winnicott no refiere a la satisfacción pulsional para que un bebe empiece a ser.

El *self* aparece como una unidad integrada. Este concepto es acercado varias veces por este autor a la noción de yo pero no como instancia psíquica freudiana. Este yo de Winnicott se relaciona más bien con los procesos de maduración de la identidad. Dice Barreiro (2011): "...cuando de la no-integración se avanza hacia una progresiva integración, crece lo que denomina el núcleo del propio ser como fuerza motora. Esta avanza en un continuo devenir desde la pura potencialidad del

ser” (p. 417). Son los procesos de integración los que van dando paulatinamente lugar a las pulsiones.

A diferencia de la teoría tradicional psicoanalítica, en la cual el acento se encuentra en la pulsión, para Winnicott se encuentra en la creación. Asimismo, la experiencia, incluyendo la de la fuerza pulsional, no puede darse sin un yo que la posibilite.

Este autor rechaza la idea de una pulsión de muerte. El organismo no busca morir sino que pretende “...estar vivo cuando encuentre la muerte” (Winnicott, 1987, p. 42). La muerte no parte del ser ya que éste busca la continuidad. En lugar de un dualismo pulsional como el propuesto en la teoría freudiana, Winnicott propone una agresividad primaria la cual contiene tanto componentes amorosos como destructivos. Al comienzo estos componentes son elegidos por azar. Este autor define el clásico dualismo pulsional como:

“...uno de los fenómenos integradores del desarrollo de la fusión de lo que aquí me permitiré a mí mismo llamar instintos de vida y de muerte (de amor y de discordia en Empédocles). El eje de mi argumentación es que la primera moción es, en sí misma, una sola, es algo que yo llamo destrucción, pero también podría haber llamado moción de amor y discordia. Esta unidad es primaria. Es lo que sale a relucir en él bebe, por los procesos naturales de maduración” (Winnicott, 1989, p. 292).

Para Winnicott la agresión o destrucción no refiere a la pulsión tánatica freudiana ni tampoco a la concepción kleiniana de que la envidia del objeto bueno conduce a la destructividad del mismo. Tampoco hay antítesis entre vida y muerte ni desmezcla pulsional. Tanto Eros como Tánatos son incluidos en una sola potencia que se encuentra orientada en una creatividad impulsada por esa agresividad mientras que el ambiente juega un papel fundamental como marco y sostén. La agresión para este autor “...se podría reconducir a la motilidad prenatal del infante. Y en todo caso, posibilita la inclusión del otro (la madre) en la relación del cuerpo con las experiencias originales de amor” (Barreiro, 2011, p. 420).

### **3. PERSONALIDAD FRONTERIZA O BORDERLINE**

El estudio de la personalidad fronteriza o borderline presenta hasta el día de hoy complejidades diferentes. Desde los aportes de Kernberg, este término se utiliza para englobar diferentes concepciones de los pacientes borderline dependiendo de las corrientes y autores. De esta forma, puede hablarse de una organización con características propias o también de estados límite que oscilan entre la neurosis y la psicosis. Esta organización, que ocupa un gran porcentaje de casos en la práctica clínica, abre un abanico de nuevas posibilidades para la visualización de la personalidad y sus diferentes organizaciones y trastornos.

#### **3.1 CONCEPTO DE PERSONALIDAD**

Encontrar una única definición del término “personalidad” conlleva una tarea difícil. Este término varía dependiendo de los autores o de las corrientes teóricas. Para abordar este tema se toman dos definiciones del término personalidad desde la perspectiva psicoanalítica.

En 1923, Freud conceptualiza a la personalidad como un conjunto de instancias intrapsíquicas que pueden encontrarse en conflicto entre ellas o también entre las mismas y el exterior. Esto genera un patrón de comportamiento tanto interno como externo que perdura durante el tiempo en el individuo. En 1924 este autor introduce tres organizaciones específicas de la personalidad: neurosis, psicosis y perversiones.

También desde el psicoanálisis Kernberg (citado en Fossa, 2010) postula que la personalidad consiste en la interacción dinámica que se da entre el carácter, el temperamento y el sistema de valores del individuo. Este autor postula tres organizaciones específicas de la personalidad muy similares a las freudianas. La organización fronteriza de la personalidad se presenta en un lugar intermedio en un continuo entre la neurosis y la psicosis. Para Kernberg (1988) esta organización es la más difícil de diagnosticar.

#### **3.2 RECORRIDO HISTORICO DEL TÉRMINO BORDERLINE**

El concepto “borderline” muta dependiendo del momento histórico en el cual es abordado. De esta forma los pacientes borderline o fronterizos en un principio se incluyen dentro de las psicosis o de lo contrario, suelen ser diagnosticados mediante la técnica del descarte cuando los criterios no corresponden a ninguna de las otras organizaciones de la personalidad. Debido a esto puede concebirse al mismo

como organización específica, estado transitorio, trastorno y también síndrome dependiendo del autor que aborde la temática.

En la actualidad son dos grandes líneas teóricas las que toman la delantera respecto a los pacientes borderline. Por un lado, la teoría de Kernberg, el cual postula una especificidad de la organización con características propias. En cambio los autores de la línea francesa hablan de estados límites como abordaje que “más que expandirse dentro de un orden nosográfico, reflexiona acerca de los estados transitorios, cuadros críticos, y las dificultades terapéuticas y transferenciales propias a estos pacientes catalogados como “difíciles”...” (Singer, 2005, p. 695).

Para comprender mejor esta problemática se considera enriquecedor realizar un seguimiento de la evolución del concepto el cual se remonta al año 1938 donde Stern utiliza por primera vez el término borderline. Los pacientes borderline designados por este autor no permiten ser considerados neuróticos ni psicóticos, sino que parecen ubicarse entre medio de ambos.

Posteriormente, en 1942, Deutsch comienza a referirse a ciertos individuos como *as if* (como si). Estos pacientes presentan despersonalización, empobrecimiento en las relaciones con el mundo circundante y difusión del ego, entre otros.

Knight (1953) habla de estados borderline (*borderline states*) y es quien comienza a separar este término de las esquizofrenias. Este autor se centra en la importancia de las defensas primitivas y de la fragilidad de las relaciones de objeto que presentan estos individuos.

Por otro lado, autores como Grinket hablan de síndrome borderline. Es en 1968 con su investigación “*El Síndrome Borderline: un estado conductual de las funciones del yo*” donde este autor postula una división de 4 subgrupos dentro de los casos borderline.

El primer subgrupo se denomina “*border psicótico*”. La mayoría de los casos estudiados no son psicóticos pero muestran una proximidad a la desintegración en largos periodos de tiempo. Estos individuos presentan rasgos inapropiados y no adaptativos, déficit de identidad, síntomas depresivos y afectividad negativa.

El subgrupo II corresponde al “*síndrome borderline central*”. Estos sujetos presentan poco compromiso con el otro así como también depresiones, expresiones de rabia tanto abiertas como actuadas y una ausencia de identidad

consistente. Aparentan conocer su identidad pero su conducta no se ajusta a la misma; asimismo se observa un penetrante afecto negativo.

Dentro del subgrupo III se encuentra la personalidad “*as if*”. Estos individuos actúan generalmente de forma apropiada con poca demostración de afectos negativos. Se caracterizan por falta de evidencias de amor, no apareciendo un establecimiento de identidad personal y con relaciones complementarias de tipo *as if*. También presentan baja espontaneidad, intelectualización y desconexión como forma de defensa.

Por último, el cuarto subgrupo se denomina “*border neurótico*”. Es el que se presenta en la menor cantidad de los casos estudiados debido a la cercanía en la que se encuentra con la depresión neurótica. Sus principales características radican en depresión anaclítica con aferramiento infantil y ciertos caracteres narcisísticos.

A partir de 1970 este concepto vuelve a mutar y comienza a encontrarse intelectualmente ligado a los aportes de Kernberg y su organización fronteriza de la personalidad. Se trata de una organización intrapsíquica, utilizada por los médicos psicodinámicos para comprender mejor estos casos. Durante este período estos pacientes son reconocidos en la práctica clínica debido a sus actitudes iracundas y manipuladoras. Estas manifestaciones se consideran tratables a largo plazo mediante terapias psicológicas basadas en el psicoanálisis y la hospitalización.

Pero el diagnóstico en torno a estos pacientes sigue sufriendo cambios en los círculos académicos. Entre 1970 y 1985 la antes considerada organización intrapsíquica da paso a transformarse en síndrome descriptivo. Este síndrome refiere a “un grupo de fenómenos que tenía lugar de forma simultánea con una frecuencia superior a la esperada y que podían discriminar a los pacientes límites de otro tipo de pacientes” (Gunderson, 2009, p. 6)

### **3.3 TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

Una de las diferentes concepciones de la personalidad fronteriza es definiéndola como trastorno.

¿Qué se entiende por trastorno de la personalidad? El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V* (2014) conceptualiza un trastorno de personalidad como: “...un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que

tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro” (p. 645).

En 1980 se incluye por primera vez como trastorno límite de la personalidad en el *DSM III*. Posteriormente en 1992 es adaptado para ser incluido en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*. En este último se encuentra dentro de los *trastornos de personalidad y de comportamiento del adulto*. Estos trastornos son considerados como formas de comportamiento que perduran en el tiempo y que se encuentran profundamente arraigados en el individuo. Se contemplan respuestas inflexibles tanto en situaciones individuales como sociales. Corresponden a desviaciones extremas en la forma en que el sujeto piensa, siente, percibe y se comporta hacia los demás. Suelen presentarse en forma estable ocupando varias funciones tanto psicológicas como de comportamiento. Estas alteraciones aparecen frecuentemente en la infancia o en la adolescencia y persisten hasta la madurez. Puede aparecer tensión subjetiva y dificultades en la adaptación social.

Dentro de la categoría de *trastornos de personalidad y comportamiento del adulto*, el trastorno límite de personalidad se encuentra asimismo dentro de los *trastornos de inestabilidad emocional de la personalidad*. Estos se caracterizan principalmente por un ánimo impredecible y caprichoso lo que deriva en una predisposición a actuar de forma impulsiva aun a pesar de las consecuencias. Se presenta en estos sujetos arrebatos de ira y violencia y una incapacidad del control de las mismas. Aparece una marcada inestabilidad emocional con distorsión tanto de imagen corporal como íntima. Los sentimientos crónicos de vacío junto con las relaciones interpersonales inestables y caóticas y el comportamiento destructivo son pilares sintomáticos en estos sujetos.

Según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (2014)*, el trastorno de personalidad límite o trastorno borderline refiere a una inestabilidad en las relaciones interpersonales, afectos e imagen de sí mismo. Este trastorno comienza en las etapas tempranas de la edad adulta y se manifiesta a partir de cinco o más de los siguientes hechos:

A- “Esfuerzos desesperados por evitar el abandono real o imaginario (...)”

B- “Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y devaluación”

- C- “Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo”
- D- “Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (...)”
- E- “Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas”
- F- “Inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable del estado de ánimo (...)”
- G- “Sensación crónica de vacío”
- H- “Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (...)”
- I- “Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves” (DSM-V. 2014, p. 663)

### **3.4 CLÍNICA DE LOS ESTADOS LÍMITES O CLÍNICA BORDERLINE**

Algunos autores, en cambio, no hablan de trastorno sino de estados límites o fronterizos los cuales refieren a una dimensión de la personalidad que puede ser vista en diferentes patologías. Asimismo, tomando los aportes de Singer y Green podemos hablar de una clínica de los estados límites o clínica borderline. Esta clínica corresponde a una forma diferente de apreciar los estados fronterizos. Cada día se va acrecentando aún más estos casos en la práctica clínica obligando a “un descentramiento de las referencias clínicas y teóricas en psicoanálisis” (Singer, 2013, p. 98).

En esta clínica se ven incluidas diferentes problemáticas psicopatológicas de la actualidad, como las toxicomanías, afecciones psicosomáticas, trastornos alimentarios, entre otros. Situarse desde la clínica borderline es centrarse en la problematización tanto de la teoría como de la técnica entorno a estos pacientes denominados como “difíciles”. Se constituye un paradigma donde existe un más allá de lo categorial atravesando lo nosográfico y lo metapsicológico. Es una clínica de los *bordes* relacionada con experiencias de lo difuso, donde se requiere otro tipo de pensamiento, otra forma de ver. Para esto es necesario un cambio en la forma en que se percibe la clínica desde el psicoanálisis, apelando no ya al sentido que brinda lo reprimido sino frente al sentido de lo traumático.

Para Green (2000) los estados fronterizos “constituyen un nuevo paradigma para el psicoanálisis” (p. 27). Este autor postula que toda concepción del

aparato psíquico refiere a un límite y que estos límites son zonas de elaboración intrapsíquicas y también intersubjetivas cuando se dan entre el aparato psíquico y el objeto. Asimismo considera que lo límite se puede rastrear en torno a la teoría freudiana partiendo del punto de que la pulsión es un concepto límite entre lo psíquico y lo somático. Lo fronterizo corresponde para este autor a una frontera móvil y fluctuante.

Singer (2013) postula que en la clínica de los estados límites “se produce una reequilibración, una iluminación, de ciertos conceptos que en el paradigma de la neurosis quedaron en segundo plano” (p. 99). Es así que en los estados límites o fronterizos ciertos aspectos son desplazados para ser reemplazados por otros. En vez de represión, se habla de clivaje que separa a los objetos en totalmente buenos y totalmente malos. Asimismo, la economía de carga y descarga reemplaza a la representación y metáfora. Los objetos externos son marcados con angustias de separación e intrusión:

“la relación del yo a sus objetos en el punto de inflexión entre lo interno y lo externo, actualiza la noción de traumatismo, a su vez conectada con una temporalidad compleja que no es la de la estructuración ontogénica sino la de un modelo complejo de estructuraciones, crisis, desestructuraciones y reestructuraciones” (Singer, 2013, p. 99).

El espacio psíquico de estos sujetos se encuentra regido por dos mecanismos fundamentales: el clivaje y la depresión. Esta depresión no refiere a una depresión clínica sino que se encuentra relacionada con “una reducción de tono que no responde a los mecanismos psicopatológicos que pueden señalarse en la depresión y la melancolía” (Green, 2000, p. 40). Mediante el clivaje algo es continuamente expulsado por el acto, generando al mismo tiempo una automutilación del aparato psíquico.

Según Green, los estados fronterizos se rastrean hace ya mucho tiempo en la obra de Freud ya que éste, sin nombrarlos, menciona muchas de las estructuras presentes en ellos. Es así que este tipo de casos se presenta una tendencia a la repetición, al actuar y también a una desorganización del yo. “Todo esto constituye un conjunto coherente que remite mucho más al sistema freudiano de la segunda tópica que al de la primera” (Green, 2000, p. 48).

La clínica borderline compromete un modelo diferente al de las neurosis. Y sin lugar a dudas diferente a las psicosis aunque muchas veces puedan

darse episodios psicóticos. Singer (2005) habla de “una funcionalidad del yo cuyas distorsiones toman el borde entre lo psíquico y lo externo y que pone afuera el conflicto bajo formas de actings, somatizaciones y relaciones de objeto peculiares” (p. 695).

### **3.5 ORGANIZACIÓN FRONTERIZA O BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD**

Una de las concepciones con más fuerza en la actualidad es la postulada por Kernberg (1988) quien postula la organización fronteriza o borderline de la personalidad. Esta organización de la personalidad corresponde un concepto independiente con características propias. Estos pacientes presentan una organización patológica estable y específica que ocupan un lugar limítrofe entre las psicosis y las neurosis, no siendo un estado que fluctúa entre estas dos organizaciones. Al comienzo estos pacientes pueden presentar ciertas características neuróticas, pero las mismas suelen remitir dejando ver una organización fronteriza oculta. El diagnóstico no dependerá del análisis descriptivo sino de la patología propia característica.

Kernberg se basa en una teoría de las relaciones objetales fusionada con psicología del yo. Para este autor el yo refiere a una instancia que es plausible de mantener un nivel de catexis constante y de esta forma poder neutralizar la carga pulsional. En el caso de que el yo no sea capaz de realizar esta tarea es que se presenta una falta de capacidad de neutralización y síntesis. Estas capacidades dependen de cómo son internalizadas e integradas las relaciones objetales.

En la obra de este autor la agresividad se da desde un comienzo. Esto nos acerca a la concepción kleiniana de agresividad donde el papel materno corresponde a un rango menor frente a las vicisitudes pulsionales.

Según postula Kernberg (1988), la organización fronteriza de la personalidad no alcanza nunca la represión. Asimismo se caracteriza por una triada compuesta por el síndrome de difusión de identidad regido por un mecanismo defensivo por excelencia que corresponde a la escisión pero, a diferencia de los psicóticos, estos sujetos mantienen el juicio de realidad intacto. Estos pacientes logran sortear efectivamente la primera tarea del yo la cual corresponde a diferenciar las imágenes propias de las objetales pero fracasan en la integración de las valencias negativas y libidinales. Esta falta de síntesis genera obstáculos para la integración del concepto de sí mismo y en el establecimiento de la constancia objetal, traduciéndose en una incapacidad de formación de relaciones objetales. Todo esto da como

consecuencia el síndrome de difusión de identidad el cual será abordado más adelante.

En algunos casos, como por ejemplo en situaciones de estrés o bajo el efecto de drogas o alcohol, estos pacientes pueden presentar episodios psicóticos breves. Salvo en estas circunstancias especiales, usualmente suelen mantener la prueba de realidad. Según Kernberg (1988) los procesos de pensamiento de estos sujetos aparecen intactos en las entrevistas clínicas; es a partir de los test proyectivos que se puede visualizar una tendencia al funcionamiento del proceso primario.

#### a) ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Como se menciona anteriormente, al comienzo esta organización de la personalidad puede presentar caracterología neurótica. Pero dentro de estas características se pueden apreciar ciertas particularidades que revelan una organización fronteriza subyacente. Es así que para Kernberg (1988) solo a partir de un minucioso diagnóstico es que se podrán revelar estas particularidades de ciertos síntomas neuróticos. Este autor menciona que “ninguno de estos síntomas es por sí solo patognomónico” (Kernberg, 1988, p. 23). Sin embargo la presencia de dos o tres de los síntomas que se presentarán a continuación pueden constituir un fuerte indicio de una personalidad fronteriza. Cabe destacar que para Kernberg el diagnóstico de esta personalidad depende más que nada de la patología yoica y no de los síntomas descriptivos.

Uno de los posibles síntomas corresponde a la **ansiedad**, la cual se presenta como flotante, difusa y crónica. Esta ansiedad adquiere una mayor significación cuando se encuentra junto con otros síntomas o rasgos patológicos del carácter. Según Kernberg (1988) muchos de los pacientes que han sido sometidos a psicoterapia intensiva han sabido utilizar esta ansiedad como resistencia, creando así un mecanismo defensivo crónico.

Estos sujetos pueden presentar asimismo una **neurosis polisintomática** la cual solo adquiere significación cuando se presentan dos o más de los siguientes síntomas neuróticos:

A- Fobias múltiples: se destacan en este caso sobre todo las causantes de limitaciones en la vida cotidiana del sujeto. Kernberg (1988) también considera importante las fobias relacionadas con la apariencia personal y las que poseen elementos de transición hacia una neurosis obsesiva. Asimismo “las fobias

múltiples en especial aquellas que ponen de manifiesto tendencias paranoides y que provocan serias inhibiciones sociales, constituyen una evidencia presuntiva de personalidad fronteriza” (Kernberg, 1988, p. 24).

B- Síntomas obsesivos-compulsivos: sobre todo los que se encuentran en un estado sintónico con el yo. En consecuencia estos pacientes adquieren “el carácter de pensamiento y acciones sobrevalorados” (Kernberg, 1988, p. 24). A pesar de esto, estos sujetos conservan la prueba de realidad e intentan eliminar estos pensamientos o actos absurdos racionalizándolos. Kernberg también considera importante las ideas obsesivas de tipo paranoide o hipocondríaco.

C- Múltiples síntomas de conversión o elaboración grotescos: “...especialmente si son sincrónicos, o incluso una reacción de conversión monosintomática grave de muchos años, asimismo síntomas de conversión de tipo elaborado que se acercan a alucinaciones corporales o en los que intervienen complejas sensaciones o secuencias de movimientos extraños” (Kernberg, 1988, p. 24-25).

D- Reacciones disociativas: referentes a “estados de penumbra”, fugas histéricas y amnesia con perturbación de conciencia.

E- Hipocondría: en las personalidades fronterizas suele ser común visualizar ciertos rituales de salud y retiro social. Estos rituales se suelen tornar crónicos debido a un miedo exagerado de contraer una enfermedad.

F- Tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis sintomática: este último síntoma neurótico refiere exclusivamente a las tendencias paranoides definidas y parcialmente fuertes. Así también los rasgos hipocondríacos que no se encuentran secundariamente ligados a una reacción de ansiedad.

Otro de los síntomas presuntivos que pueden presentarse en el análisis descriptivo corresponde a las **tendencias sexuales polimorfos**. Estas son “una desviación sexual manifiesta en cuyo marco coexisten varias tendencias perversas” (Kernberg, 1988, p. 25). No están incluidos en esta categoría aquellos pacientes con una vida genital centrada en una desviación sexual estable y sobre todo aquellas desviaciones sexuales que están asociadas con relaciones objetales también estables. Los pacientes con una conducta sexual completamente inhibida pero con presencia de fantasías sobre todo masturbatorias con tendencias perversas múltiples constituyen una evidencia de organización fronteriza subyacente. “Cuanto más caóticas y múltiples son las fantasías y actos perversos y cuanto más inestables son las relaciones

objetales vinculadas con esas interacciones, mayores motivos hay para sospechar de un desorden fronterizo” (Kernberg, 1988, p. 26).

Asimismo, califican como síntoma presuntivo las **clásicas estructuras pre-psicóticas**. Estas corresponden a la personalidad paranoide, personalidad esquizoide y personalidad hipomaníaca y organización ciclotímica.

Es posible visualizar también una **neurosis impulsiva y adicciones**. En estos pacientes las neurosis impulsivas corresponden a un escape temporario sintonico con el yo. Este escape provoca una gratificación directa de una necesidad instintiva. En adicciones es común encontrar alcoholismo, drogadicciones, algunas formas de obesidad patológica y también cleptomanía.

Por último, los **desórdenes caracterológicos de nivel inferior**. Estos corresponden a “...la patología caracterológica más severa, típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo, en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados ‘rasgos adaptativos’ ” (Kernberg, 1988, p. 27). Por un lado, las personalidades histéricas, las cuales pertenecen a una neurosis caracterológica de nivel superior, este tipo de personalidad no corresponde a organizaciones borderline así como tampoco las obsesivo-compulsivas, las depresiones y las personalidades masoquistas con mejor integración. En un nivel medio se encuentra la personalidad infantil, y en el nivel caracterológico inferior las personalidades narcisistas. Estos dos últimos tipos de personalidades presentan una organización fronteriza subyacente.

## **b) NARCISISMO**

Los conceptos borderline y narcisismo se encuentran íntimamente ligados. Existe consenso en los diferentes autores en afirmar que todo paciente borderline presenta cierto déficit narcisista. Son importantes en esta temática los aportes de Kohut respecto a los trastornos narcisistas, surgiendo así la pregunta ¿son los pacientes narcisistas equivalentes a los pacientes borderline?

El narcisismo cumple un papel fundamental en la estructuración del psiquismo. La estructuración narcisista corresponde a una matriz producida por una envoltura libidinal delimitada por la madre en el contacto con él bebe. Esta matriz deviene anterior a que el infante se anuncie como yo. Precisamente, el advenimiento del yo es un correlato de esta estructuración narcisista. Es así que en un primer momento la impronta objetal materna se divide en dos corrientes que se sucederán

paralelamente. Por un lado se da la constancia objetal como producto del amor primario. Por el otro, mediante el contacto físico se comienza a demarcar las zonas erógenas respecto al mapa de sexualidad infantil. Es así que para Wapner (2006) el investimento es sexual y narcisista al mismo tiempo. Como consecuencia de ello, el estado narcisista es “solo posible si sobre la base de la estructuración del psiquismo hubo una infraestructura narcisista primaria” (Wapner, 2006, p. 84). Sobre esta base es que luego podrá hablarse del sentimiento de sentirse uno mismo; esto es lo que se denomina como *self*.

Para Kohut la estructuración narcisista se encuentra en el sustento del desarrollo de Edipo y correlativamente también en el *self*. Para este autor el *self* refiere a “un concepto cercano a la experiencia (...) se refiere al hecho de que no vivimos en un continuum en el tiempo y en el espacio. Esta invariante que permanece en el cambio es lo que llamamos *self*” (Wapner, 2006, p. 82).

Mientras que para Freud la libido narcisista corresponde a una única corriente que deriva en el objeto y luego vuelve al yo, para Kohut corresponde a una libido independiente y paralela a la libido objetal. Además, este autor postula que el desarrollo pulsional da como resultado las estructuras yo, ello y super yo, mientras que el desarrollo del narcisismo resulta en la creación del *self*.

¿Cómo se relaciona este narcisismo con los pacientes borderline? Wapner (2006) postula una correlación entre estos pacientes y las patologías narcisistas. Los pacientes borderline se caracterizan por una carencia de cohesión en el *self* como núcleo narcisista y es por esto que buscan compulsivamente la forma de reafirmarse en los objetos externos. Es así que se observa “en el despliegue transferencial en función de las demandas narcisistas que nos dirigen, que los primeros objetos no estuvieron lo suficientemente presentes ni mucho menos internalizados” (Wapner, 2006, p. 81).

Kernberg (1979) diferencia a los pacientes fronterizos de los narcisistas patológicos, pero admite la existencia de sujetos narcisistas que también puedan presentar sintomatología borderline. Por otro lado, Kohut engloba a los pacientes fronterizos dentro de los pacientes psicóticos. Hablar de pacientes borderline desde este autor implica asumir que ellos no son borderline en absoluto sino que corresponden a casos severos de una patología narcisista (Wapner, 2006).

Como intento de zanjar la cuestión, Green (1979) postula que lo indicado es “englobar el todo en los casos fronterizos, los borderline clásicos, en las

cuales intervienen más las pulsiones orientadas en el objeto, mientras que las organizaciones narcisistas plantearían el problema de las investiduras orientadas hacia el yo” (citado en Wapner, 2006, p. 68).

### **c) VIVENCIAS DE VACÍO Y ESPACIO TRANSICIONAL**

Existe consenso entre los diferentes autores en enfatizar la vivencia de vacío de estos pacientes. Sin importar desde cual perspectiva se aprecie a la organización fronteriza de la personalidad, este “vacío” se presenta como un pilar sintomático de la misma.

En “*El miedo al derrumbe*” (1963), Winnicott postula al vacío como: “...el anhelo de recibir algo dentro de sí”. Desde la teoría winnicottiana, en la clínica, el vacío corresponde a un intento del paciente de volver a experimentar un estado pasado, el cual no puede ser recordado al menos que sea vivenciado por primera vez en el presente. La dificultad radica en que el sujeto siente miedo hacia éste ya que le adjudica un carácter aterrador. Es debido a este temor que el paciente genera un vacío controlado a forma de defensa, o por el contrario, busca la manera de llenarlo compulsivamente. Para Winnicott el vacío primario corresponde al espacio “antes de empezar a llenarse” (Winnicott, 1963, p. 119).

En los pacientes borderline o fronterizos se encuentra un vacío que no ha sido organizado. En estos casos puede referirse tanto a falta de contenidos psíquicos como a un espacio que se llenó demasiado y que necesita ser vaciado antes de volver a constituirse. Tanto un objeto demasiado lleno como uno vacío resultan en un impedimento en la generación del espacio psíquico entre el niño y la madre.

Estos sujetos presentan una falla en el espacio transicional que se encuentra entre el objeto y el trabajo de simbolización. Wapner (2006) tomando los aportes de Winnicott señala que el espacio transicional corresponde a “...un colchón, que resguarda al *self* de la caída abrupta a un espacio ingrátido o por el contrario de quedar atrapado en la asfixia de un objeto incrustado” (p. 127). En los pacientes borderline, este “colchón” no ha sido completamente constituido, lo cual deriva en un borramiento de los límites de los objetos internos-objetos externos.

### **d) FUNCION MATERNANTE Y RELACIONES OBJETALES**

Es menester tener en cuenta en la clínica borderline las conceptualizaciones de Winnicott referentes a la madre suficientemente buena y su relación con el verdadero y falso *self* en el infante.

Winnicott (1960) plantea que en un momento dado de la vida, las exigencias del ello comienzan a ser sentidas por el niño como parte del *self* y no del ambiente. La satisfacción del ello se convierte en un fortalecedor del yo o del *self verdadero*, pero en cambio, a veces la inmadurez del yo impide la inclusión de las excitaciones del ello lo cual provoca una reacción traumática frente a ellas.

La importancia de este desarrollo ontogénico radica en el entorno materno. La dependencia del infante hacia su madre en este momento de su vida es real y absoluta por lo que la conducta y actitud de la misma es de suma importancia. El gesto del infante como impulso espontáneo refiere a la existencia de un potencial *self verdadero*, siendo fundamental la forma en que la madre satisface la omnipotencia infantil.

La madre suficientemente buena le da sentido a esta omnipotencia a medida que la satisface repetidamente, de esta forma comienza a emerger el *self verdadero* del niño. Esto se da gracias a la buena instrumentación de la madre a los gestos del infante, cediendo su fuerza al yo débil del mismo. En cambio, la madre no suficientemente buena no logra satisfacer el gesto espontáneo del bebe, falla repetidas veces en intentar instrumentar la omnipotencia infantil. En este caso, en vez de satisfacer el gesto, lo que hace esta madre es reemplazarlo con el propio. Este gesto que es reemplazado adquiere sentido solo a través de la sumisión del infante, y es dicha sumisión lo que da comienzo al *self falso*.

La etiología del *self falso* se encuentra relacionada con las primeras relaciones objetales, etapa en la cual el infante nunca se encuentra completamente integrado. De esta forma, la madre sostiene al niño tanto física como figurativamente. El *self verdadero* existe desde un primer momento, siendo la función del *self falso* mantenerlo protegido.

En los pacientes borderline es frecuente que la madre no haya sido suficientemente buena en tanto gratificación de los gestos del infante. Esto impide una estructuración correcta del psiquismo del niño e impide la separación del objeto primario. Asimismo, "...la madre puede haber impedido toda frustración e inhabilitado el establecimiento progresivo del principio de realidad y de las representaciones objetales" (Prieto Loureiro, 2004)

El objeto es el responsable de la internalización de las funciones intrapsíquicas, participando en la formación de estructuras mediante su actividad. Es así que el objeto materno es quien presta su aparato psíquico al niño para que éste

puede metabolizar los datos sensoriales del mundo exterior que él bebe recibe pero a los cuales no puede darle sentido. El objeto primero tiene que participar de la estructuración del psiquismo (objeto primario) para luego ser meta del deseo (objeto parcial). Es en este sentido que se habla de un rol inductor del objeto como la “función primordial del otro materno” (Wapner, 2006, p. 73).

Precisamente, uno de los rasgos característicos de los pacientes borderline es el no haber podido internalizar suficientemente un objeto durante su temprana infancia que le permita realizar una estructuración psíquica consistente. Estas experiencias de insatisfacción en los primeros años de vida afectan la constitución de los límites psíquicos y la capacidad de síntesis del yo. Singer habla de un trauma primordial el cual “no puede ser metabolizado por vías intrapsíquicas” (Singer, 2005, pág. 695). Este trauma produce un déficit estructural el cual obliga a desplegar distintos mecanismos defensivos de emergencia, como por ejemplo, la escisión.

La relación de estos pacientes con el objeto externo es caracterizada por una angustia de separación/intrusión. Es así que los objetos no son del todo diferenciados del yo, convirtiéndose en una especie de “soporte para objetos internos proyectados” (Singer, 2005, p. 696). Esta relación es de tipo narcisista, convirtiendo al objeto tanto en objeto de ataque como en objeto libidinal en un continuo de retener y expulsar. La subjetivación de estos pacientes no logra constituirse; el vacío psíquico no ha sido del todo investido lo cual lleva a una doble polaridad radical y a una distancia mal regulada con el otro. El objeto externo es vivenciado como una presencia invasora o por el contrario, se percibe como un abandono radical. El yo de estos sujetos oscila continuamente entre la separación y la intrusión.

#### **e) ANÁLISIS ESTRUCTURAL**

Para el análisis estructural de la organización fronteriza de la personalidad se toman los aportes de Kernberg desde un punto de vista psicoanalítico. Para ello, es necesario tener en cuenta que el yo es considerado como una estructura general integrada por diferentes subestructuras y funciones. Este autor se centra primero en analizar estas estructuras yoicas para luego dar paso al análisis de las relaciones objetales internalizadas características de estos pacientes.

Uno de los fenómenos estructurales que podemos apreciar en estos sujetos son las manifestaciones de **labilidad yoica**. Estos aspectos inespecíficos presentan tres características. En primer lugar, se visualiza una falta de tolerancia a la

ansiedad, la cual "...se refleja en la medida en que una ansiedad mayor que la experimentada habitualmente provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes alopláticas o regresión yoica" (Kernberg, 1988, p. 35). Además de esta ansiedad, también se encuentra una falta de control de los impulsos e insuficiencias en el desarrollo de los canales de sublimación.

Esta labilidad yoica deriva en el llamado **síndrome de difusión de identidad**. Esta difusión de identidad refiere a algo que no ha sido integrado en estos pacientes: el concepto de sí mismo. El psiquismo es constituido a partir de la internalización tanto de las imágenes de sí mismo como de las imágenes objetales. Ambos tipos de imágenes se encuentran cargadas de pulsiones libidinales y agresivas; cuando las pulsiones de sí mismo y las objetales no llegan a una síntesis es que aparece el síndrome de difusión de identidad. Esta dificultad de integración se aprecia tanto en el sujeto como en los objetos externos significativos.

Otra característica estructural es la **desviación hacia el pensamiento de proceso primario**. Rara vez estos pacientes presentan una alteración de pensamiento, pero en la utilización de test proyectivos o en las respuestas a estímulos no estructurados se puede apreciar cierto pensamiento de proceso primario. Este se manifiesta como "fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales de los tests y, en (...) el uso de peculiares verbalizaciones" (Kernberg, 1988, p. 36).

Kernberg le da especial importancia a la **patología de las relaciones objetales** que refiere a una incapacidad de síntesis de las introyecciones buenas y malas en estos pacientes. Al no poder realizar esta síntesis de objetos totalmente buenos y totalmente malos se encuentra afectada la capacidad yoica de experimentar depresión, preocupación y culpa. Es debido a esto que estos pacientes suelen presentar una deficiencia en ciertas emociones afectivas hacia los objetos. Asimismo, esta imposibilidad de integración de objetos totalmente buenos y totalmente malos afecta también la integración del súper yo.

Por último, las personalidades fronterizas presentan ciertos **mecanismos defensivos** característicos, los cuales son desarrollados a continuación.

#### f) MECANISMOS DEFENSIVOS CARACTERÍSTICOS

La organización fronteriza de la personalidad, como toda organización de personalidad, posee sus propios mecanismos defensivos. La **escisión** es el

mecanismo esencial y por excelencia de estas personalidades; el mismo es acompañado por otros mecanismos como la idealización primitiva, negación, identificación proyectiva, omnipotencia y desvalorización.

Como ya se ha mencionado, una de las principales tareas del yo corresponde a la síntesis de introyecciones e identificaciones primitivas tanto libidinales como agresivas. En un comienzo, las relaciones objetales se dividen en totalmente buenas y totalmente malas debido a una falta de integración del yo temprano. A medida que el yo prosigue en su formación, esta falta de integración comienza a ser utilizada a manera defensiva para proteger al núcleo yoico en torno a las introyecciones positivas y al yo de la generalización de la ansiedad. Esta división defensiva en circunstancias normales debe remitir luego de las primeras etapas del desarrollo yoico, dando paso a otros mecanismos defensivos más elaborados como es el caso de la represión. Pero, en circunstancias patológicas como en el caso de las personalidades fronterizas, este mecanismo defensivo continúa durante el resto de la vida del sujeto y es lo que constituye la escisión.

Kernberg utiliza el término **escisión** para referirse al “proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta” (Kernberg, 1988, p. 40). La síntesis de estas introyecciones e identificaciones opuestas es uno de los factores más importantes respecto a la neutralización de la agresividad. En estados patológicos con exceso de este mecanismo de escisión, aparece una falla en esta neutralización, lo que genera un fracaso en la fuente de energía del crecimiento yoico. La escisión es una de las causas principales de la labilidad yoica que se aprecia en estos pacientes. Este mecanismo no precisa de tanta contracarga como la represión, lo que implica facilidad de utilización del mismo por un yo débil. La manifestación más conocida de este mecanismo es la división en objetos totalmente buenos y totalmente malos, lo cual genera que un objeto externo oscile abruptamente de un extremo al otro. También puede manifestarse como falta de control de impulsos de manera selectiva y en expresiones contradictorias alternadas de un mismo conflicto. Esto último se acompaña con cierta negación y falta de preocupación respecto a lo contradictorio del comportamiento y vivencia interna del paciente.

Mediante la escisión, algo impensable es rechazado y expulsado para luego volver de forma intrusiva mediante la **identificación proyectiva**. Este mecanismo se encarga de proyectar las imágenes de sí mismo agresivas y totalmente

malas en el objeto. De esta forma, el objeto externo es vivenciado como peligroso y vengativo lo que genera una búsqueda de protección por parte del paciente. A consecuencia de esto, el sujeto busca controlar al objeto amenazador, mediante el rechazo, maltrato y descalificación del mismo.

En contrapartida, puede aparecer una tendencia a la **idealización primitiva**. Esta refiere a la creación de objetos externos en totalmente buenos como protección frente a los objetos totalmente malos y agresivos. Asimismo, se busca proteger estos objetos totalmente buenos de la agresión propia y la proyectada en otros con el fin de no contaminar ni dañar a los primeros. No se trata de una verdadera estima por el objeto como es el caso de la formación reactiva, sino que corresponde a una necesidad de proteger los objetos buenos de un mundo peligroso. Esta idealización primitiva genera graves efectos negativos en el desarrollo del súper yo y del ideal del yo.

Es común visualizar en estos pacientes manifestaciones primitivas de **negación**: "...un típico ejemplo de este mecanismo es la "negación mutua" de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia..." (Kernberg, 1988, p. 42). Por otro lado, también es común que, bajo circunstancias de presión, estos pacientes desestimen un sector del mundo externo o de su experiencia subjetiva. De este modo, a pesar de que reconoce intelectualmente el sector negado, no puede integrarlo a su experiencia emocional. Otra forma de negación que puede apreciarse en la organización borderline de la personalidad es la de negar una emoción contraria a la experimentada en el momento actual.

Por último, en estrecha vinculación con la escisión, se aprecia una **desvalorización** y **omnipotencia** frente a los objetos. Estos mecanismos de defensa son manifestaciones directas de las introyecciones e identificaciones primitivas y están relacionadas con el objeto totalmente bueno que debe ser protegido de un mundo peligroso. Como se menciona antes, no existe un aprecio real hacia el objeto, si se analiza más profundamente el objeto idealizado es tratado de manera posesiva y agresiva, como una extensión del propio paciente borderline. La desvalorización de los objetos es consecuencia de la omnipotencia. Cuando el objeto idealizado deja de ser de utilidad para el paciente, este tiende a descartarlo o intentar destruirlo.

"La desvalorización de objetos significativos del pasado del paciente tiene efectos muy perjudiciales sobre las relaciones objetales internalizadas y en

especial sobre las estructuras que intervienen en la formación e integración del súper yo" (Kernberg, 1988, p. 44)

#### **4. PULSIÓN DE MUERTE Y CLÍNICA BORDERLINE**

En cuanto a la manifestación de la pulsión de muerte en los pacientes fronterizos, se consideran importantes los aportes de Green desde una clínica borderline y los conceptos de agresividad y pulsiones de agresión de Kernberg, el cual se apoya en las ideas propuestas anteriormente por Klein.

Como se puede rastrear por la obra de Green, el concepto de límite y el de negativo se apoyan entre sí. Para este autor los pacientes borderline se ven atravesados por lo tanático, desde relaciones personales caóticas, descargas de agresividad tanto externas como internas, hasta una tendencia a la repetición de situaciones angustiantes.

Kernberg enfatiza el origen de la agresividad desde el comienzo de la vida, concediéndole particular importancia a las experiencias traumáticas que puedan suceder en los primeros años de vida del niño. En la obra de este autor el rol de las vicisitudes pulsionales es mayor que el rol funcional materno.

##### **4.1 NARCISISMO DE MUERTE, NARCISISMO NEGATIVO**

Como se menciona previamente, Green teoriza sobre un narcisismo de muerte, un narcisismo negativo, el cual se encuentra en estrecho vínculo con la pulsión de muerte. Para este autor, la destructividad y agresividad del humano debe ser tenida en cuenta en relación al narcisismo y las fijaciones de la libido objetal. Los pacientes borderline o fronterizos poseen un inconsciente atravesado por la negatividad de este narcisismo.

Ciertos autores como Kernberg diferencian los pacientes borderline de los narcisistas patológicos (aunque admite que las personalidades narcisistas pueden ocultar una organización fronteriza subyacente); pero en la obra de Green donde el narcisismo ocupa una posición fundamental, pueden apreciarse muchas similitudes entre ambos. A partir de sus aportes, no se encuentran grandes diferencias entre estos dos tipos de pacientes (Prieto Loureiro, 2004).

Con la postulación de la pulsión de muerte en la teoría freudiana, el principio de placer queda prácticamente derrumbado. En el sujeto fronterizo precisamente ya no prevalece la realización del deseo, lo que triunfa es la tendencia a obrar: "...la rememoración cede su lugar a la actualización" (Green, 2000, p.47).

Green visualiza en los casos borderline formas de destructividad no intrincadas, con un mecanismo frecuente que es el duelo insuperable el cual trae

consigo reacciones defensivas características del mismo. Estos pacientes presentan "...angustias catastróficas o impensables, miedos de aniquilamiento o de hundimiento, sentimientos de futilidad, de desvitalización o de muerte psíquica, sensaciones de precipicio, de agujero sin fondo, de abismo" (Green, 1991, p.70). El paciente borderline vive más allá de la vida psíquica, la cual es abandonada, pretendiendo vivir desde la no existencia.

El vacío presente en estos pacientes no corresponde a una ausencia de actividad pulsional sino a la predominancia de la pulsión de muerte. Se trata del trabajo de lo negativo, la desligazón sin intermediarios representativos, donde predomina la desinvestidura y la desobjetalización.

Por su parte, Singer postula que: "El trabajo de lo negativo en clínica, ligado a lo irrepresentable, tiene la consistencia de una presencia, en su radical alteridad. En esa medida pone un tope a la noción de límite como transformación, como ligazón. Instauro, frente a un límite que hace pasaje, la posibilidad inversa, del orden de la desligazón" (Singer, 2013, p. 101).

En el caso de los pacientes fronterizos en los cuales el mecanismo por excelencia es la escisión (o clivaje desde la obra de Green) es donde se pone en juego con más claridad la función de desligazón de la pulsión de muerte. Esta desligazón impide o limita la religazón, como en el caso de la identificación proyectiva. Este mecanismo defensivo, refuerza la escisión o clivaje empujando hacia la desobjetalización. El éxito desobjetalizante va a manifestarse por la extinción de la actividad proyectiva lo cual deriva en sentimientos de muerte psíquica e incluso muchas veces en una pérdida de realidad interna y externa.

Este clivaje en objetos totalmente buenos y totalmente malos con su respectiva consecuencia de una falta de integración de pulsiones, acarrea una irrupción de afectos primitivos así como una incapacidad para modular afectos. Estos pacientes presentan descargas de agresividad indiscriminadas, las cuales pueden tener su objetivo tanto en el exterior como en el propio sujeto. Esta agresividad casi sin control se debe a una estructura de carácter depresivo-masoquista.

Los objetos devaluados e idealizados por estos pacientes al interferir unos con otros generan imágenes primitivas contradictorias. Asimismo, estas imágenes interfieren con la capacidad de una evaluación más realista de los objetos, lo cual desemboca en "...dificultades para compromisos profundos, agresividad, manipulación, desvalorización." (Singer, 2012, p.5).

La función desobjetalizante y de desligazón propia de la pulsión de muerte, como se especifica antes, afecta las relaciones objetales. En este tipo de pacientes la sexualidad y los diferentes vínculos sociales se caracterizan por lo tanático. El clivaje produce una destrucción y aniquilación de los vínculos; es entonces, desintegración. Esta desintegración es resultado de la carencia de un marco interno y del espacio transicional característico de estos casos, consecuencia del deficiente rol de la madre no suficientemente buena.

Pero estos mecanismos agresivos y de desvalorización se encargan de ocultar la dependencia de estos sujetos hacia su objeto amado. Las relaciones con el otro de tipo narcisista cargadas de hostilidad son una medida de protección frente al miedo al abandono. “El pegoteo y la no separación garantizan por lo menos el suministro permanente del objeto. La agresividad, el intento de distancia” (Wapner, 2006, p. 82).

Los pacientes borderline poseen una incapacidad al momento de construir las ausencias, lo que produce una generación de angustias intolerables frente a la pérdida del objeto amado. Estos sujetos solo pueden tolerar la ausencia del otro siempre y cuando pueda ser nuevamente evocado. “Lo que el paciente requiere del otro para poder continuar con su existencia, es su funcionamiento mental” (Prieto Loureiro, 2004).

La compulsión a la repetición, en tan estrecho vínculo con la pulsión de muerte, se manifiesta como tendencia en estos casos. La agresividad que debería ser expulsada hacia el exterior es en su mayor parte reintroyectada, en un bucle continuo donde el sujeto revive una y otra vez diferentes situaciones angustiantes. Muchas veces se puede apreciar esta agresividad reintroyectada en situaciones como bulimia, anorexia, adicciones y auto-agresiones. El paciente fronterizo transita su vida entre la repetición, el clivaje de su psiquis y el miedo al abandono del objeto amado. Esta repetición puede apreciarse especialmente en sus relaciones personales, donde continúan buscando lo mismo en diferentes personas una y otra vez.

Esta compulsión a la repetición se presenta como amenaza de la elaboración psíquica; el aparato psíquico de estos pacientes “...no es un aparato que meramente elabora, no es un aparato que se conforma con reprimir, porque reprimir es conservar. También es un aparato que por medio de la renegación, la forclusión, el clivaje, evacua y elimina, y con ello, se automutila” (Green, 2000, p.42).

En las situaciones en las que se presentan trastornos alimentarios tales como la bulimia y la anorexia se pone en juego no solo el factor corporal sino también el psíquico, en una dialéctica de desamparo y angustia, de vacío y completud. La comida como pulsión, como el otro. El sujeto busca entonces llenarse para luego vaciarse de la presencia del otro. Este objeto es idealizado y devaluado al mismo tiempo en un continuo de angustias de separación/intrusión. Las adicciones corresponden a un soporte creado para la construcción de límites: "...límite condicionado por la externalización de lo traumático, y que al mismo tiempo que intenta evitar lo traumático construye un escenario de repetición de éste, ya signado por la negatividad y la destructividad" (Singer, 2005, p. 697),

En la clínica, el tratamiento de estos pacientes se ve caracterizado por una transferencia negativa producto de esta pulsión de muerte. Singer menciona que muchas veces esta es la única manera que encuentra el sujeto borderline para poder relacionarse "sin sentirse devorado por el otro" (Singer, 2012, p. 13).

#### **4.2 KERNBERG: AGRESIVIDAD**

Para Kernberg las capacidades de amor y odio se dan de forma innata, ambas requiriendo de activación y desarrollos ambientales (a diferencia de Kohut quien considera a la agresión como secundaria a la frustración de la necesidad de amor). Es así que los afectos surgen y se organizan gradualmente desde tempranas instancias del desarrollo humano, siendo parte de las relaciones objetales internalizadas.

El concepto de pulsión en la obra de este autor refiere a "...sistemas motivacionales, instintivos y ambientales combinados (libido y agresión)" (Ruiz Pérez, 2011). La agresión como pulsión se desarrolla a partir de la respuesta primitiva del llanto del infante.

Las experiencias traumáticas son de especial importancia en la formulación del concepto de agresividad para este autor. Éstas, producen una activación de afectos agresivos los cuales generan en consecuencia una predominancia del caudal agresivo sobre el libidinal. De esta forma, se generan condiciones propicias para la aparición de psicopatologías graves como es el caso de la organización borderline de la personalidad.

El odio surge como derivado primitivo de la cólera como respuesta a experiencias tempranas de sufrimiento y agresión. La fijación de la cólera en forma de

odio genera una identificación inconsciente del sujeto con el objeto odiado como en el caso de los pacientes fronterizos. En estos sujetos predominan las relaciones objetales internalizadas cargadas de esta pulsión de agresión en un mundo de objetos persecutorios e idealizados producto del mecanismo defensivo de la escisión.

Anteriormente se ha indicado que Kernberg diferencia entre personalidades fronterizas y personalidades narcisistas. A pesar de esto, es común encontrar en su obra similitudes entre ambas debido a que muchos pacientes narcisistas suelen presentar una organización fronteriza oculta. No es de poca importancia que este autor dedique uno de sus escritos a estas dos personalidades en conjunto, como es el caso de *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico* publicado en el año 1988.

Se busca esta elucidación debido a que muchas veces el concepto de agresividad en la obra de Kernberg puede encontrarse ligado a las personalidades narcisistas, siendo aplicable de igual manera a las personalidades fronterizas o borderline.

La pulsión de muerte (o pulsión de agresión en la obra de Kernberg) puede apreciarse en los diferentes síntomas presuntivos que presentan los pacientes fronterizos. Tal es el caso de las tendencias sexuales perverso-polimorfos. La organización borderline de la personalidad presenta primitivas manifestaciones agresivas en torno a estas perversiones, con relaciones objetales vinculadas con fantasías y actos caóticos.

En estos pacientes, debido a un exceso de agresión como pulsión, se aprecia una fractura en los procesos de integración de relaciones objetales totalmente buenas y totalmente malas que afecta el proceso de separación-individuación. En consecuencia, se obstaculiza el desarrollo edípico y el inicio de la constancia objetal (Kernberg, 1994). Esta agresión excesiva conlleva una fijación en la cual las relaciones objetales de valencia opuesta no aparecen integradas. En paralelo, tanto las imágenes de sí mismo como del objeto incluidas dentro de estas relaciones objetales aparecen diferenciadas claramente. Kernberg se refiere a esto como una de las condiciones psicoestructurales de los pacientes fronterizos.

Predomina la agresividad como forma de protección del *self* y de los objetos idealizados debido a la falla de integración de afectos y representaciones de sí mismo y de los demás de valencia opuesta, producto de la patología de las relaciones objetales internalizadas. Asimismo, se aprecian conflictos preedípicos "...con fusión y

defusión bastante primitiva de los impulsos agresivos y sexuales” (Kernberg, 1988, p. 32).

Los pacientes borderline muestran una clara autodestrucción, apreciándose también una carencia superyoica y escasa capacidad de experimentar culpa. Esta agresión autodirigida se manifiesta en automutilaciones como cortes y pellizcos, conductas sadomasoquistas primitivas y tendencias suicidas. Es común que estos sujetos experimenten un alivio de la angustia luego de infligirse algún tipo de automutilación. Éstas suelen llevarse a cabo a partir de estallidos de ira mezclados con cierto monto de depresión. La conducta autoagresiva de estos sujetos suele manifestar una necesidad de control sobre el ambiente mediante la generación de culpa en los demás.

### **4.3 CASO CLÍNICO**

Como intento de ejemplificación de algunos de los conceptos tratados en el correr de estas páginas, se presenta un caso clínico extraído del texto *De la clínica de los estados límite a una clínica contemporánea de los “casos difíciles”* (Singer, 2012). El mismo se encuentra como “anexo” del presente trabajo.

La paciente R. tiene 30 años y presenta sintomatología acorde a la organización fronteriza o borderline de la personalidad. Posee malestares físicos diversos lo cual la lleva a deambular en un centro médico y a ser tratada por diferentes profesionales de la salud. Un dato relevante a tener en cuenta es la muerte de la madre al momento de su nacimiento. Se presentan dificultades en cuanto a la recolección de más información sobre la vida de esta paciente ya que los datos que R. brinda son muy imprecisos.

En la vida de R. aparece un escenario repetitivo, en busca de un otro ideal que pueda llenar el vacío primordial que su madre dejó. Esto la obliga a seguir buscando en cada mujer importante de su vida una figura materna que pueda adoptarla y sobre todo, que pueda sobrevivir al parto. La relación que mantiene con su terapeuta es invasora y “pegoteada”, poniéndola continuamente a prueba y expresando el deseo de vivir con ella. Presenta actitudes de extrema invasión, como es el caso de llamadas telefónicas en horas de la madrugada. Paradojalmente y en contraparte, exhibe momentos de distanciamiento, faltando a las sesiones sin o llegando tarde. En este vínculo terapéutico se pueden apreciar las angustias de separación/intrusión propias de los pacientes fronterizos. Asimismo, la búsqueda de un adulto que la adopte ha signado la vida de esta paciente, lo cual puede pensarse como

una ejemplificación de la compulsión a la repetición, mecanismo característico de la pulsión de muerte.

R. posiciona a la terapeuta como un objeto idealizado y devaluado, producto de la escisión, mecanismo que provoca imágenes contradictorias e impide la generación de compromisos profundos. Esto a su vez, como ya se ha mencionado, merma la capacidad de una evaluación realista de los objetos provocando actitudes agresivas, manipuladoras y de desvalorización.

La paciente presenta descargas de agresión indiscriminadas hacia el exterior sobre todo cuando es contrariada. Esta agresividad puede ser adjudicada a un carácter depresivo-masoquista frecuente en este tipo de casos. También presenta cierto monto de agresividad reintroyectada, la cual manifiesta involucrándose en diversas situaciones de riesgo y en el consumo de drogas. Más de una vez se ha encontrado en problemas y ha telefoneado a su terapeuta para que la ayude, parece que "...lleva al límite a la terapeuta para probar su sobrevivencia" (Singer, 2012). La adicción a drogas por su parte, puede pensarse como la necesidad de construcción de un límite que intenta evitar lo traumático y, al mismo tiempo, genera una repetición cargada de destructividad.

R. no solo pone a prueba a su terapeuta, sino también a los diferentes médicos a los cuales confía sus dolores. Sus vínculos se encuentran cargados de agresividad, como mecanismo defensivo frente el miedo al abandono. Esta hostilidad pone a prueba la sobrevivencia del otro, a diferencia de su madre que murió en el parto.

Las relaciones objetales de esta paciente se ven determinadas por el trabajo de desobjetalización característico de la pulsión de muerte. Puede pensarse que el exceso de pulsión agresiva es la responsable del deficiente proceso de separación-individuación que presenta R. Esto se puede apreciar en las faltas a las sesiones y las llamadas a su terapeuta en horas de la madrugada. La única forma que tiene R. de poder tolerar la ausencia del otro es sabiendo que puede volver a evocar su presencia nuevamente.

R. se localiza desde lo negativo, solo puede ser destruyendo a los demás o destruyéndose a sí misma. Se ubica en un espacio caracterizado por la manipulación y los engaños hacia los médicos del centro de salud y su terapeuta, mencionando, por ejemplo, que padece HIV a pesar de que el examen dio negativo

Además del vacío que la pérdida de su madre le ha dejado, se suma el vacío de sí misma, el cual no puede ser habitado. Anteriormente se indica que el vacío de estos pacientes no corresponde a una ausencia de actividad pulsional sino por el contrario, a un exceso de la pulsión de muerte. R. solo puede evocar su existencia poniendo a prueba la sobrevivencia de los vínculos que posee con los demás; ubicada en este vacío se encuentra a la espera de un otro idealizado que la rescate.

Transferencialmente, aparecen muchos elementos anales agresivos (Singer, 2012). R. se constituye a sí misma como deshecho anal, como un elemento destructivo, elemento fecal que puede matar, producto de la muerte de su madre en el parto. Destruye los vínculos ubicándose precisamente desde el lugar de objeto fecal que ha constituido su subjetividad. El mecanismo de duelo insuperable como ejemplificación de la pulsión de muerte se encuentra presente en este caso en la pérdida de su figura materna. Esta pérdida se constituye como experiencia traumática, la cual puede considerarse responsable de la activación de los afectos agresivos, generando una predominancia del caudal agresivo sobre el libidinal. La falta del rol de la madre suficientemente buena (Winnicott, 1960), con su respectiva carencia de un marco interno y un espacio transicional propicio, genera en R. una aniquilación de los vínculos. Esta transferencia negativa propia de la pulsión de muerte refiere a lo que Singer (2012) menciona como la única manera que tienen los pacientes borderline de no sentirse devorados por el otro.

Se puede pensar a R. desde lo negativo, con relaciones objetales regidas por la escisión, con su respectiva separación en objetos totalmente buenos y totalmente malos, y la compulsión a la repetición propia de la pulsión de muerte. Sus características expuestas anteriormente, y su respectivo análisis, son consideradas una ejemplificación de la predominancia de la pulsión de muerte, y su correspondiente desmezcla de pulsiones, en los pacientes borderline.

## 5. CONCLUSIONES

*“El psicoanálisis al fundar la posibilidad de acceder al inconsciente, aquello que por definición no puede terminar de conocerse, se sustenta en la paradójal y precaria posición de un saber de los bordes.”*

*F. Singer (1992)*

*El psicoanálisis, un saber de los bordes*

Buscando la definición del término “conclusión” se encuentra que refiere a un fin o terminación de algo. A pesar de esto y del título que esta instancia posee, no se pretende dar por concluido o agotado el tema tratado en esta monografía. Por el contrario, el estudio en torno al concepto de *pulsión de muerte* es amplio y controvertido, siendo imposible dar por zanjada esta discusión en el correr de estas páginas. Por su parte, la personalidad fronteriza con sus diferentes concepciones presenta también dificultades en su abordaje e investigación. Se asume de esta forma que no ha sido posible abarcar todo lo que se hubiera querido en el presente trabajo. Esta monografía se considera un intento de aproximación para una mejor comprensión de los conceptos freudianos que sentaron las bases del psicoanálisis, y cómo estos son aplicables a la clínica borderline.

Antes de comenzar este trabajo el interés radicaba en cómo el concepto de pulsión de muerte podía ser aplicable al individuo del siglo XXI. La pulsión de muerte es uno de los conceptos más importantes del psicoanálisis freudiano, y también uno de los más controvertidos como ya se ha mencionado. Hasta la actualidad no existe consenso entre los autores sobre la utilidad del mismo. Tal es el caso de Winnicott (1987), quien no solo considera que la pulsión de muerte no es útil en la clínica, sino que rechaza la vigencia de la misma y propone una agresividad primaria que contiene componentes amorosos y destructivos. De esta forma la dualidad pulsional propuesta por Freud, en Winnicott se concentra en una sola potencia. A pesar de esto, desde el abordaje de esta monografía, y en consenso con autores post-freudianos como Green (1991) y Klein (1930), se considera a la pulsión de muerte como concepto vigente y de suma importancia en la clínica. Se estima necesario para una mejor comprensión de la agresividad, de los instintos destructivos y de la angustia.

En una actualidad regida por el hambre de progreso, donde se corre siempre contrarreloj, con un consumismo voraz que marca el día a día, en un tiempo signado por el exceso y por lo inmediato, es quizás donde se encuentran más

manifestaciones de la pulsión de muerte. Pero en cierto grupo de sujetos catalogados como “fronterizos” esto puede apreciarse con aun más claridad. A partir de esto surgen ciertas interrogantes: ¿es la pulsión de muerte la responsable de las actitudes agresivas y autodestructivas de estos pacientes? Y sobre todo ¿es necesaria la noción de pulsión de muerte para entender mejor el funcionamiento psíquico de este tipo de casos? El sujeto borderline (o fronterizo) es quizás la mejor ejemplificación de esta tendencia regresiva a lo inorgánico, esta manifestación de lucha y destrucción característica de la pulsión de muerte.

Luego de planteada la intersección de temáticas en relación a la pulsión de muerte en las personalidades fronterizas surge la pregunta: ¿a qué refiere el término de “*personalidad fronteriza*”? Anteriormente se postulan dos definiciones de personalidad. Tomando los aportes de Freud (1923) y de Kernberg (citado en Fossa, 2010) puede definirse la personalidad como un patrón de comportamiento interno y externo, que presenta una interacción dinámica entre carácter, temperamento y el sistema de valores que cada individuo posee. Kernberg (1988) incluye a la personalidad fronteriza dentro de las organizaciones de la personalidad propuestas por Freud. Es así que el término *personalidad fronteriza* se utiliza para abarcar los sujetos que no pueden ser catalogados como neuróticos ni psicóticos, debido a características, sintomatología y mecanismos defensivos propios que no son aplicables a ninguna de las otras organizaciones de personalidad freudianas. Tomando estos aportes, desde el enfoque de esta monografía se entiende que concebir a la personalidad fronteriza o borderline como organización en vez de como estado o trastorno, es lo más adecuado para el abordaje de este tipo de pacientes. También son importantes los aportes de Green y Singer respecto a una clínica borderline, la cual apunta a una problematización de la teoría y la práctica psicoanalítica en torno a los pacientes fronterizos. Situarse desde una clínica borderline implica atravesar lo nosográfico y metapsicológico, apelando al sentido de lo traumático.

Considerar a la personalidad fronteriza como organización de la personalidad y a la clínica borderline como abordaje necesario, genera una intersección de los aportes de Kernberg y los de Green, a pesar de que este último se refiere en su mayor parte a *estados límite*. Es menester tener en cuenta que una *clínica borderline* no necesariamente es aplicable solo a la concepción de *estados límite*, sino que refiere a un cambio de “mirada”; corresponde a un nuevo paradigma

psicoanalítico, donde se obliga a un descentramiento de los clásicos conceptos freudianos.

La clínica psicoanalítica actual, que toma como punto de partida el estudio de la neurosis, se encuentra frente a frente con un obstáculo en lo referido al abordaje de los pacientes borderline. En ellos no solo queda derrumbado el principio de placer, sino que otros mecanismos defensivos neuróticos clásicos son dejados de lado para crear un nuevo abanico de mecanismos defensivos inconscientes. Se trata de una clínica de los “bordes”, de la “frontera”, de lo “limite” donde la represión cede su terreno frente a la escisión con sus respectivas relaciones objetales totalmente buenas y totalmente malas. Se presenta una carencia de control interno: pueden amar y odiar con la misma intensidad, al mismo objeto y en exactamente el mismo momento. Esta escisión genera también una falla en la síntesis de introyecciones e identificaciones opuestas, problematizando de esta forma la neutralización de agresividad. Asimismo, es una de las principales causas de la labilidad yoica, lo cual puede derivar en difusión de identidad.

Las angustias de separación/intrusión que signan las relaciones objetales de estos sujetos priman sobre la angustia de castración característica del neurótico. Estas relaciones objetales suelen estar cargadas de agresividad, siendo esta agresividad utilizada como un mecanismo narcisista frente al miedo al abandono. Precisamente la angustia y el miedo a ser abandonados los llevan a atacar y menospreciar al objeto amado, en una paradoja contradictoria repetitiva. La compulsión a la repetición de situaciones angustiantes, mecanismo por excelencia de la pulsión de muerte, suele presentarse asiduamente en la vida de estos sujetos. Una y otra vez aleja al objeto idealizado para poder sentirlo más cerca, una y otra vez busca llenar el vacío interno con la presencia del otro. Pero no es un vacío cualquiera, éste, como postula Green, se encuentra cargado de pulsiones agresivas, regido por el trabajo de lo negativo. Podría pensarse que, desde este vacío, esperan ser rescatados por el otro idealizado.

Para finalizar, volviendo al acápite de esta instancia y frente a este nuevo paradigma que implican las personalidades fronterizas, es importante pensar al psicoanálisis como una ciencia de lo fronterizo, con límites de elaboración psíquica y problematización. Una ejemplificación de esto es la pulsión como límite entre lo psíquico y lo somático, como también el límite entre la primer y segunda tópica freudiana y entre las diferentes teorías de las pulsiones. Y es precisamente en este

límite donde se sitúa el sujeto borderline. Un límite que no corresponde solo a la contención del exterior, sino más a un espacio de intimidad, una condición para poder encontrarse con el otro.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-V*. Buenos Aires: Panamericana
- Barreiro, J. (2011). Análisis, pulsión y uso de objeto en DW Winicott. *Revista de Psicoanálisis*, 17 (2/3), 415-426. Recuperado de:  
<http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20126823p0415.dir/REVAPA20116823p0415Bareiro.pdf>
- Castro Meléndez, G. (2011). Pulsión de muerte: nostalgia por la armonía perdida. *Revista electrónica de estudiantes Escuela de Psicología, Universidad Costa Rica*, 6 (1), 23-38. Recuperado de:  
<http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/1183/1246>
- Corsi, P. (2002). Aproximación preliminar al concepto de pulsión de muerte en Freud. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 40 (4), 361-370. Recuperado de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000400008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071792272002000400008&script=sci_arttext)
- Fossa, P. (2010). Organización limítrofe de la personalidad. *Revista de Psicología GEPU*, 1 (1), 32-52. Recuperado de:  
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/2220/1/Organizacion%20Limitrofe%20de%20Personalidad.pdf>
- Freud, S. (1976). Introducción del narcisismo. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp.65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1976). La predisposición a la neurosis obsesiva. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 329-345). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (1976). Más allá del principio de placer. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-62). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1920).

- Freud, S. (1976). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1976). Tres ensayos sobre una teoría sexual. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (1986). El yo y el ello. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol.19, pp. 1-66) Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1986). Esquema del psicoanálisis. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 133-210). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1938).
- Freud, S. (2007). El malestar en la cultura. En *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 57-140). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1929).
- Green, A. (1991). Pulsión de muerte, narcisismo negativo, función desobjetalizante. En A. Green y otros. *La pulsión de Muerte*. (pp. 65-79) Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, A. (1995) *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Green, A. (2000). Génesis y situación de los estados fronterizos. En J. Andre (Dir). *Los estados fronterizos ¿nuevo paradigma para el psicoanálisis?* (p. 27-59). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Gunderson, J. (2002) *Trastorno límite de la personalidad: Guía clínica*. Barcelona: Ars Médica.
- Kernberg, O. (1988). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico*. México: Paidós.
- Kernberg, O. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1926) Principios psicológicos del análisis infantil. En *Amor, culpa y reparación, y otras obras* (pp. 137-147) Buenos Aires: Paidos.
- Klein, M. (1930) La importancia de la formación de símbolos en el desarrollo del yo. En *Amor, culpa y reparación, y otras obras* (pp. 224-236). Buenos Aires: Paidos.

- Klein, M. (1946) Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras completas* (Vol. 3, pp.10-33). Barcelona: Paidós. Recuperado de:  
<http://bibliotecadigital.apa.org.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/19480601p0082.dir/REVAPA19480601p0082Klein.pdf>
- Klein, M. (1955). La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado. En *Obras completas* (Vol. 3, pp.129-140). Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J. Pontalis, J-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Muller, L. (1984). Freud y Klein: teorías sobre angustia. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (62). Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay.  
Recuperado de:  
<http://www.apuguay.org/apurevista/1980/1688724719846210.pdf>
- Organización mundial de la salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y de comportamiento*. Buenos Aires: Panamericana.
- Pérez Ruiz, A. (2011). Sobre el concepto de agresión. Una mirada psicoanalítica. En *Primer Coloquio internacional de ciencias cognitivas*. México, 29 de junio a 1 de julio. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano. Recuperado de:  
<http://www.centrolombardo.edu.mx/AlbaPonencia.pdf>
- Prieto G, (2004) Algunos lineamientos para pensar sobre los trastornos fronterizos. *Revista Itinerario*, 1 (1). Recuperado de:  
<http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Algunolineamientosparapensarlostrastornosfronterizos.htm>
- Rosenfeld, H. (1971-1972). Aproximación clínica a la teoría psicoanalítica de los instintos de vida y de muerte, una investigación a los aspectos agresivos del narcisismo. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea)*. Recuperado de:  
<http://www.apuguay.org/apurevista/1970/168872471971197213020303.pdf>
- Sanchez-Barranco Ruiz, A. Vallejo Orellana, R. (2004). Melanie Klein, una princesa que creo su propio reino. *Revista de la Asociación Española de*

- Neuropsiquiatría*, 24, (91), 117-136. Recuperado de:  
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15897/15756>
- Singer, F. (1992). El psicoanálisis, un saber de los bordes. En *Revista universitaria de psicología*, (3), 79-80.
- Singer, F. (2005). La borderización del sujeto. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundacional*, 8 (4), 694-705. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017491008.pdf>
- Singer, F. (2012). *De la clínica de los estados límites a una clínica contemporánea de los "casos difíciles"*. Inédito.
- Singer, F. (2013). Aportes de André Green a un paradigma psicoanalítico contemporáneo. Querencia. *Revista de Psicoanálisis*, (15), 98-103.  
Recuperado de:  
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/view/201/143>
- Sopena, C. (2001). Pulsión de muerte y sexualidad. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (en línea)*. Recuperado de:  
<http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720019411.pdf>
- Stern, B. y Yeomans, F. (2009-2016). *Personality Disorders Institute of the Weill Medical College of Cornell University*. Recuperado de  
<http://www.borderlinedisorders.com/public.php>
- Wapner, J. (2006). *Metaclínica de los bordes. Patologías límite y déficit narcisista*. Abordaje psicoanalítico. Buenos Aires: Letra Viva.
- Winnicott, D. (1960) La distorsión del yo en términos de self verdadero y falso. En Winnicott, D. *Procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (pp. 182-189). Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1987). *El gesto espontáneo*. Buenos Aires: Paidós.

## 7. ANEXO

### **CASO CLINICO R. Los actings, la relación al otro.**

El caso R. representa una clara instalación en ese territorio descripto como border. R. es una joven 30 años, deambula en un centro de salud público, pasa de médicos en médicos con quejas de malestares diversos. Establece una relación pegoteada, invasora, sin marcar los límites. Muy agresiva, hace escándalos cuando es contrariada.

Las informaciones sobre su vida son muy imprecisas. Su vida fue siempre circular, en busca de un adulto que la adoptase, tanto en el centro de salud, como en un ambular de casa en casa. A nivel de psicoterapia, tanto establecía momentos invasivos, de mucha demanda, telefoneando a la casa de la terapeuta, como presentaba movimientos de distanciamiento: faltaba mucho, llegaba atrasada. Contradictoriamente, volvía, desaparecía, daba la sensación de que venía para ver si la terapeuta la esperaba. Idealizaba mucho a la terapeuta, y expresaba su deseo de vivir con ella.

Le menciona en cierta ocasión a la terapeuta que esta con HIV, si bien la terapeuta se entera por una médica que el examen dio negativo.

Fuma drogas, y se mete en situaciones de riesgo, se mete “en la mierda” como ella misma dice, y más de una vez llama a la terapeuta en medio de la madrugada para que la ayude. Parecería que lleva al límite a la terapeuta para probar su sobrevivencia. Muchos elementos anales agresivos están en la relación.

La madre de R. había muerto en el parto, y ella se constituye como un elemento fecal que puede matar. En ese vacío, se constituye transferencialmente la búsqueda de una mujer limpia e idealizada que pueda sobrevivir al parto. A esos objetos cuidadores – terapeuta, médicos – a los que confía sus dolores, también los provoca para poner a prueba su capacidad de sobrevivencia, a diferencia de esa madre que murió en el parto. Se constituye así como deshecho, vehículo de destructividad. Ser en negativo, solo puede ser destruyendo, destruyéndose o en un espacio secreto cercado por los engaños y el manejo del otro que debe mantener bajo control. El otro es cuidador, sobreviviente, pero también amenazador. En riesgo de desaparecer y sumirla en el desamparo primario, su existencia controlada se constituye en garante de su propia existencia.

Se despliega así un escenario destinado a la repetición: el del vacío que el otro primordial dejó, y el vacío de ser de sí misma que no puede ser habitado. R. solo puede colocarse en la existencia provocando los vínculos para probar que estos sobreviven. Hace mierda pues es desde ese lugar de objeto fecal que se constituyó su subjetividad. ¿Se destruye o persiste en su ser? Identificada a un vacío, pide ser rescatada por otro idealizado.